

Hotus



Att bemöta en våldsam patient
Hotus-vårdrekommendation®

ARBETSGRUPPEN OCH DESS BINDNINGAR

ORDFÖRANDE

JAANA ASIKAINEN, sjukskötare, HVD, avdelningsskötare, Niuvanniemi sjukhus

VICE ORDFÖRANDE

SATU KAMMONEN, sjukskötare, hälsovårdare, HVM, avdelningsskötare, HUS, Centrum för operativ och intensivvård

MEDLEMMAR

TERHI HAGMAN, sjukskötare, HVM, lektor, Yrkeshögskolan Karelia

HEIDI HYTTINEN, sjukskötare, HVM, avdelningsskötare, HUS, Akuten

KATJA HÄNNINEN, sjukskötare, HVM, avdelningsskötare, HUS, Barn- och ungdomssjukdomar

ANJA HOTTINEN, HVD, överskötare, HUS, Psykiatri (medlem i arbetsgruppen till och med 19.10.2025)

EXPERTER

MIKKO JOENSUU, med.dr, specialistläkare i psykiatri och rättspsykiatri, arbetshandledare, MBT-terapeut, Niuvanniemi sjukhus; klinisk lärare, UEF

OLAVI LOUHENRANTA, FD, TM, docent i psykiatrisk antropologi, arbetshandledare och psykoterapeut (högre specialnivå), Niuvanniemi sjukhus

SARIANNE MAKKONEN, sjukskötare, HVK, anestesiskötare, Terveystalo Kamppi

IDA PENNANEN, förstavårdare (högre YH), förstavårdare, Satakunta välfärdsområde

JARI PESOLA, sjukskötare, tradenom YH (säkerhetsbranschen), brandinspektör, Helsingfors stads räddningsverk

SUVI VETELÄSUO, sjukskötare, Birkalands välfärdsområde, mentalvårds- och missbrukartjänster för unga

ELINA ÖSTRING, företagsfysioterapeut, HVM, yrkeslärare, MBA, specialexpert, Arbetshälsö-institutet

Erfarenhetsexpert

I expertgruppen ingår en erfarenhetsexpert som representerar en patient som har uppträtt våld-samt.

BINDNINGAR

Ingen av medlemmarna i rekommendationsarbetsgruppen eller expertgruppen har några bind-ningar med relevans för rekommendationen som kan ge dem ekonomisk nytta eller påverka rekommendationens tillförlitlighet.

ISSN 2489-5024

Innehåll

ARBETSGRUPPEN OCH DESS BINDNINGAR	2
Inledning	5
Rekommendationens syfte, mål, och centrala begrepp	6
Rekommendationens syfte och mål	6
Målgrupper	6
Centrala begrepp	6
Rekommendationsfraser	10
1. Faktorer som indikerar våldsrisk: patienten	10
2. Faktorer som indikerar våldsrisk: personalen	14
3. Kompetenssäkring	15
4. Interaktion med patienten	16
5. Faktorer relaterade till verksamhetsmiljön	18
6. Faktorer relaterade till organisationer	20
7. Erfarenheter av våldets konsekvenser för välbefinnandet	21
8. Rapportering av våldssituationer	23
9. Bearbetning av våldssituationer	25
Implementering av rekommendationen	27
Metoder	30
Källor	31

Inledning

I Finland är social- och hälsovården en sektor där hotet om fysiskt våld är större än normalt¹, eftersom över hälften av arbetstagarna inom sektorn har upplevt våld eller hot om våld i sitt arbete under en treårsperiod². Bland orsakerna till den ökade förekomsten av våld kan man se den osäkerhet och marginalisering som råder i samhället samt det ökade missbruket av alkohol, läkemedel och narkotika³.

Med våld avses antingen faktisk användning av eller hot om användning av fysisk, psykisk eller mental kraft i syfte att skada⁴. Patienternas våldsamma beteende har en koppling till minskad arbetstillfredsställelse hos vårdpersonalen och kan få dem att överväga att lämna yrket⁵. Våld på arbetsplatsen orsakar betydande ekonomiska förluster i Finland. Dessa består av direkta kostnader, såsom sjukfrånvaro, samt indirekta kostnader, såsom försämrad produktivitet och personalomsättning⁶.

För att förebygga våld är det centralt att förutse och identifiera situationer där personalen kan bli hotad eller utsatt för våld^{6,7}. Vårdpersonalen behöver därför mångsidiga metoder och interventioner för att kunna förutse, förebygga, hantera och bearbeta våldssituationer. När medvetenheten ökas, situationerna identifieras och patienterna bemöts på ett adekvat sätt kan våld mot vårdpersonal bättre förebyggas. Det finns ingen tidigare nationell vårdrekommendation för att förutse och förebygga våld mot arbetstagare inom social- och hälsovården trots att det finns behov av en rekommendation och enhetliga handlingsanvisningar för hur våldsamma patienter ska bemötas inom den finländska social- och hälsovården.

Stiftelsen för vårdforskning håller på att utarbeta en rekommendation som gäller beteenden som upplevs som utmanande hos personer med en minnessjukdom, och därför diskuteras bemötandet av dessa patienter inte i denna vårdrekommendation.

Rekommendationens syfte, mål, och centrala begrepp

Rekommendationens syfte och mål

Syftet med denna Hotus-Vårdrekommendation® är att sammanställa den evidens som bygger på kritiskt granskade studier och expertutlåtanden samt att utifrån denna evidens ge rekommendationer för hur våldsamma patienter ska bemötas och hur våldssituationer kan förutses, förebyggas och bearbetas. Målet med vårdrekommendationen är att förenhetliga rutinerna för att bemöta våldsamma patienter och därmed förbättra vårdens kvalitet och patientsäkerheten samt arbetssäkerheten för den yrkesutbildade personalen inom social- och hälsovården. För att nå dessa mål är det centralt att kunna förutse, förebygga och identifiera situationer där personalen riskerar att bli hotad och utsatt för våld.

Målgrupper

Vårdrekommendationen har utarbetats för all yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården som i sitt arbete kan möta patienter som beter sig våldsamt. Vårdrekommendationen lämpar sig för användning inom primärvården och den specialiserade sjukvården samt, i tillämpliga delar, inom socialvården. Dessutom kan rekommendationen användas som stöd för ledningen av vårdarbetet vid planering av personalresurser och kompetenssäkring. Rekommendationen kan också användas som läromaterial och vid utvecklingen av undervisningsinnehåll inom vårdutbildningen samt inom grundläggande yrkesutbildning, fortbildning och kompletterande utbildning.

Centrala begrepp

Våld

I denna vårdrekommendation används den definition av våld som Institutet för hälsa och välfärd⁴ använder. Med våld avses antingen faktisk användning av eller hot om användning av fysisk, psykisk eller mental kraft eller makt mot en annan person, en grupp eller en gemenskap i syfte att skada. Dessutom kan våld ta sig uttryck som en kränkning av den sexuella integriteten. Då är det fråga om sexuellt våld.⁸ Våld medför en stor sannolikhet för fysisk eller psykisk skada, död, hämmad utveckling eller att grundläggande behov inte tillgodoses eller går förlorade⁹. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) kan våld även riktas mot den egna personen¹⁰, men i denna vårdrekommendation faller självdestruktivitet, självmord och självmordsförsök utanför ramen för granskningen.

Våld på arbetsplatsen

Våld på arbetsplatsen definieras som en handling, händelse eller ett beteende där en arbetstare kränks verbalt, hotas eller misshandlas i arbetsmiljö och som direkt eller indirekt äventyrar arbetstagarnas säkerhet, hälsa eller välbefinnande. I denna vårdrekommendation avser våld situationer där man blir utsatt för fysiskt, psykiskt, mentalt eller sexuellt våld eller hot om sådant våld från en patient när man utför sina arbetsuppgifter.^{6,11} I detta sammanhang avser våld inte psykiskt våld som utövas av kollegor, såsom mobbning eller osakligt bemötande¹². I fortsättningen används begreppet våld för att beteckna våld på arbetsplatsen.

Att bedöma våldsrisk och identifiera våldsamma situationer

Organisationerna ska skapa förutsättningar för att identifiera våldssituationer genom en systematisk riskbedömning. På arbetsplatsen ska det finnas en handlingsplan för vålds- och hotsituationer som är tillgänglig för arbetstagarna samt anvisningar om hur arbetstagarna ska agera i situationen. Handlingsplanen ska diskuteras proaktivt med arbetstagarna samt som en del av introduktionen och kompetenssäkringen för att man ska kunna förebygga negativa händelser eller reagera på dem så snabbt och smidigt som möjligt. När det gäller att förebygga våldsamt beteende kan vårdpersonalen luta sig mot organisationens säkerhetskultur som formas utifrån organisationskulturen samt ledningens och personalens värderingar, attityder, erfarenheter och uppfattningar.¹³

När man möter patienter kan man bedöma hotet om våld bland annat genom att identifiera faktorer som är relaterade till våldsamhet och möjliga konsekvenser samt genom att bedöma hur sannolika dessa är. I en akut situation bedöms hot om våld utifrån tidigare information och patientens eller klientens beteende.¹³ Förhandsuppgifter kan man få till exempel från patienthandlingar, kollegor, tidigare erfarenheter eller myndigheter. Identifiering av en potentiellt våldsamt situation kräver att vårdpersonalen är observant. Genom att observera patientens yttre framtoning, gester och manér kan man få information om patientens avsikter.^{13,14}

Personalens arbetserfarenhet kan ha en koppling till patientens våldsamma beteende¹⁵. Att identifiera hot om våld och att förhålla sig till det kan utgöra en utmaning för personalen om de saknar tillräcklig kompetens. Inom social- och hälsovården kan bedömningen av hot dessutom påverkas av olika attityder hos vårdpersonalen, såsom fördomar och stereotyper. Särskilt patienter som är marginaliserade eller riskerar marginalisering, patienter med missbruksproblem samt patienter som lider av psykiska problem kan vara föremål för fördomar. Vårdpersonalen kan till exempel överdriva hotet om våld på grund av sin rädsla eller attityd. Detta kan leda till en överdriven användning av fysisk kraft och till sådana säkerhetsarrangemang som kan provocera fram aggressivt beteende hos patienten. En utmaning kan också vara att riskfaktorer bagatelliserar eller förnekas.¹⁶



Exempel på instrument för bedömning av våldsrisk

Det finns olika instrument för att bedöma risken för våldsamt beteende som har utvecklats särskilt för psykiatrisk vård. Av de instrument som används i Finland mäter DASA och BVC våldsrisk på kort sikt, medan START och HCR-20 fokuserar på långsiktig bedömning av våld. För att kunna använda instrumenten behöver personalen utbildning.

DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression) är ett validerat och strukturerat instrument som har utvecklats för att bedöma och följa upp den omedelbara aggressionsrisken hos psykiatriska patienter¹⁷. Med hjälp av instrumentet kan man bedöma risknivåer och utifrån dessa förebbygga ett potentiellt våldsamt beteende med hjälp av olika behandlingsmetoder¹⁷⁻²⁰.

BVC (Brøset Violence Checklist) är ett validerat och strukturerat instrument som har utvecklats för att bedöma våldsrisk hos patienter på en psykiatrisk avdelning, med särskilt fokus på kort sikt. Instrumentet vägleder vårdpersonalen i att bedöma patientens beteende och förutsäga våld.^{21,22}

START (The Short-Term Assessment of Risk and Treatability) är en strukturerad metod för professionellt beslutsfattande som bedömer våldsrisk utifrån patientens beteende. Man väger in både patientens styrkor och riskfaktorer när man planerar behandlingsinterventioner för att minska riskbeteendet.^{23,24}

HCR-20 (Historical, Clinical and Risk Management – 20) är ett strukturerat kliniskt verktyg för att bedöma våldsrisk. Instrumentet vägleder beslutsfattandet i vårdarbetet utifrån risknivåerna låg, medelhög och hög²⁵.

Patient och klient

Lagen om patientens ställning och rättigheter²⁶ definierar patienten som en person som anlitat hälso- och sjukvårdstjänster eller som annars är föremål för sådana tjänster. Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården²⁷ definierar i sin tur klienten som en person som ansöker om eller anlitat socialvård. I denna vårdrekommendation används i fortsättningen begreppet patient om både klienter och patienter.

Bemötande

Med bemötande avses interaktionen mellan vårdpersonalen och patienten, som omfattar genuin närvaro och respekt. Detta skapar trygghet och förtroende hos patienten. Ett genuint bemötande av patienten förutsätter tillräckligt med tid, aktivt lyssnande samt hänsyn till patientens individuella behov och känslor.²⁸ Målet med bemötandet är en patientcentrerad vård där patienten är involverad och känner sig hörd. Bemötandet är en central del av vårdpersonalens yrkeskompetens och bidrar till en framgångsrik vård, återhämtning och patientens följsamhet till vården.^{28,29}

Vårdpersonal och omvårdnadspersonal

I denna vårdrekommendation används begreppet vårdpersonal när deltagarna i de studier som ligger till grund för rekommendationerna representerar en multiprofessionell grupp. Begreppet omvårdnadspersonal används när rekommendationerna bygger på forskningsresultat som gäller yrkesutbildade personer inom omvårdnad, såsom sjukskötare eller närvårdare.

Rekommendationsfraser

1. Faktorer som indikerar våldsrisk: patienten

Var medveten om hur patienters bakgrundsfaktorer påverkar våldsrisk, eftersom

- **det finns stark evidens för att omvårdnadspersonalen kopplar patienters missbruk till en ökad risk för våldsamt beteende³⁰⁻³⁴. (A)**
- **det finns stark evidens för att förändringar i patienters kognitiva tillstånd har en koppling till en ökad risk för våldsamt beteende^{30,31,35-37}. (A)**
 - Förändringar i det kognitiva tillståndet kan till exempel bero på minnessjukdomar^{31,37} eller delirium^{30,35,37}.
- **det finns stark evidens för att omvårdnadspersonalen kopplar patienters psykiska ohälsa till en ökad risk för våldsamt beteende^{30,31,34}. (A)**
- **det finns måttlig evidens för att vårdpersonalen kopplar patienters negativa attityder till och erfarenheter av hälso- och sjukvården till en ökad risk för våldsamt beteende^{31,33,34,38,39}. (B)**
 - Attityder och erfarenheter som kan öka våldsriskerna kan till exempel handla om patienters brist på erfarenhet³⁸ eller tidigare negativa erfarenheter av hälso- och sjukvården³⁴ samt patienters eller de närståendes fördomar mot hälso- och sjukvårdspersonalen³⁹, missförstånd kring personalens beteende³¹ eller bristande respekt för kvinnor eller auktoriteter⁴⁰.
 - Omvårdnadspersonalen har upplevt att patienter med annan etnisk bakgrund, som inte behärskar språket eller inte förstår hur akutmottagningen fungerar, kan löpa en ökad risk för våldsamt beteende³³.
 - Kulturella och religiösa faktorer kan ha en inverkan på individers uppfattningar om hälsa och orsaker till sjukdomar samt på hur invandrare förhåller sig till vård eller tror att de ska tillfriskna⁴¹⁻⁴³. Potentiellt traumatiska händelser i det tidigare hemlandet kan ha ett samband med hälsoproblem⁴⁴.
 - Den diskriminering som invandrare upplever i Finland kan i sin tur leda till psykiska symptom, sämre socialt välbefinnande och misstro mot hälso- och sjukvården⁴⁵.

- **det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen kopplar patienters uppfyllda förväntningar på hälso- och sjukvården till en ökad risk för våldsam beteende^{32,33,37}. (B)**
 - Sjukskötare på akutmottagningar har beskrivit att våldsriskerna ökar till exempel om patienten har förbjudits att lämna platsen, om personlig egendom har tagits ifrån patienten eller om patienten eller en närstående upplever att deras behov inte tillgodoses⁴⁰.
 - Sjukskötare på traumaavdelningar har beskrivit att konflikter mellan patienter och sjukskötare ökar våldsriskerna. Konflikterna kan bero på patientens berusning, missnöje med doseringen av ordinerat läkemedel, restriktioner som är nödvändiga för behandlingen, såsom rörelsebegränsningar eller förbud att lämna avdelningen, psykisk ohälsa eller minnessjukdom.⁴⁶
 - Sjukhusets vårdpersonal har beskrivit att våldssituationer ofta beror på patienters ekonomiska svårigheter, missnöje med vårdresultaten eller missförstånd i kommunikationen⁴⁷.
 - Omvårdnadspersonal som arbetar med bedömning av vårdbehov (triage) har beskrivit att våldsriskerna ökar på grund av patienters bristande förståelse för hur akutmottagningen fungerar (särskilt triagesystemet) samt deras orealistiska förväntningar på väntetider och möjligheten att bli inskriven via akuten.³²
- **det finns måttlig evidens för att vårdpersonalen kopplar patienters tidigare aggressivitet till en ökad risk för våldsam beteende^{34,39,48}. (B)**
- **det finns måttlig evidens för att patienters fysiska sjukdomstillstånd har en koppling till en ökad risk för våldsam beteende^{33,36}. (B)**
 - Problem med den fysiska hälsan som kan ha en koppling till en ökad risk för våldsam beteende är till exempel sepsis, syrebrist eller delirium. Enligt omvårdnadspersonalens erfarenheter kan det vara en utmaning att identifiera när våldsam beteende beror på en fysisk orsak och inte på en psykisk eller kognitiv orsak samt att identifiera det underliggande problemet och hitta ett lämpligt handlingsätt.³³
- **evidensen är osäker, men tyder på att omvårdnadspersonalen kopplar flera olika hälsoproblem hos patienter till en ökad risk för våldsam beteende³³. (C)**
- **det finns måttlig evidens för att manliga patienter löper en ökad risk för våldsam beteende^{35,36}. (B)**

➤ **det finns måttlig evidens för att yngre patienter löper en ökad risk för våldsamt beteende^{30,32,35,36}. (B)**

- Lägre ålder hos patienter (medelålder 49 år) hade en koppling till flera larm till följd av våldsamt eller hotfullt beteende.³⁶
- Omvårdnadspersonal som arbetar med bedömning av vårdbehov (triage) har upplevt att patienter under 35 år löper störst risk för våldsamt beteende.³⁰

Identifiera tidiga tecken på våldsamt beteende hos patienter, eftersom

➤ **det finns måttlig evidens för att en ökad volym, en skarp ton och motorisk rastlöshet hos patienter indikerar risk för våldsamt beteende^{14,30}. (B)**

- **Ton och volym:** i våldssituationer talar patienter ofta med hög röst och en nedlåtande ton och kommer med sarkastiska kommentarer. Varningssignaler i patienters röst användning är till exempel skarpa svar och forcerat tal samt att de förringar eller nedvärderar omvårdnadspersonalen genom tonfallet. Ökad volym identifierades som ett möjligt tecken på våldsrisk. Sjukskötare rapporterade att tonen och volymen är viktiga signaler, både fristående och tillsammans med andra verbala eller fysiska signaler.¹⁴
- **Rastlöshet:** att patienten vandrar fram och tillbaka eller rör sig rastlöst till exempel i väntrummet, på vårdavdelningen eller i närheten av omvårdnadspersonalens expeditioner tyder på en ökande rastlöshet, som sjukskötare identifierar som en varningssignal för våld. Andra fysiska tecken på rastlöshet som observerats är vinglighet, viftande med händerna eller andra yviga rörelser.¹⁴

➤ **evidensen är osäker, men tyder på att en fixerad blick, fysiska tecken på ångest och mumlande indikerar risk för våldsamt beteende hos patienter¹⁴. (C)**

- **Ögonkontakt:** att patienten stirrar eller avsiktligt undviker ögonkontakt är ett tidigt varningstecken, särskilt i kombination med rastlöshet och andra varningstecken. När omvårdnadspersonalen reagerar på dessa varningstecken, till exempel genom att inleda ett samtal om patientens bekymmer, kan en eskalering av våldet möjligen undvikas.¹⁴
- **Ångest:** fysiska tecken på ångest, såsom hudrodnad, snabb andning, snabbt tal, vidgade pupiller, uttryck för smärta samt förvirring, har ett samband med en ökad våldsrisk. Patienters ångest kan till exempel bero på psykosociala, situationsrelaterade eller kontextuella stressfaktorer, samtidiga hälsoproblem eller bristande förståelse för enhetens verksamhet.¹⁴

- **Mumlande:** lågmält tal där patienten mumlar precis tillräckligt högt för att höras samt upprepade frågor eller otydligt och inkonsekvent tal är tecken på en ökande frustration och våldsrisk. Mumlande i kombination med en fixerad blick eller fysiska tecken på rastlöshet är betydande varningstecken för våld. Dessutom kan patienter som upprepade gånger ställer samma frågor och uttrycker en ökande rastlöshet, otålighet eller frustration uppvisa ett våldsamt beteende.¹⁴



Rekommendationsarbetsgruppen rekommenderar en säkerhetsplan som patienten och vårdpersonalen utarbetar tillsammans för att förebygga våld i längre vårdrelationer. Säkerhetsplanen innehåller patientens tidiga varningstecken samt metoder för att hantera situationen innan den eskalerar till våld.

2. Faktorer som indikerar våldsrisk: personalen

Var medveten om hur dina bakgrundsfaktorer påverkar patienters ökade risk för våldsamt beteende, eftersom

- **det finns stark evidens för att kort arbetserfarenhet hos omvårdnadspersonalen har en koppling till en ökad risk att utsättas för våld^{30,49,50}. (A)**
- **det finns måttlig evidens för att lägre ålder hos omvårdnadspersonalen har en koppling till en ökad risk att utsättas för våld⁵⁰. (B)**
 - När det gäller sjukskötare kan en ålder under 30 år vara en faktor som gör personen mer utsatt för våldssituationer⁵⁰.
- **det finns måttlig evidens för att sömnstörningar och kroniska sjukdomar hos omvårdnadspersonalen samt en nedsatt funktionsförmåga till följd av dessa har en koppling till en ökad risk att utsättas för våld⁵¹. (B)**
 - I studier har försämrad sömnkvalitet visat sig ha ett samband med ökad utbrändhet hos sjukskötare^{52,53}, särskilt utmattning kopplad till patientarbete⁵². Även sjukskötarnas oro för sin hälsa kan försämma koncentrationen i arbetet⁵⁴. En nedsatt funktionsförmåga i utmanande patientsituationer kan göra att sjukskötaren löper större risk att utsättas för våld^{51,53}.
- **evidensen är osäker, men tyder på att omvårdnadspersonalen upplever att missnöje med och bristande motivation för det egna arbetet ökar risken att utsättas för våld³⁴. (C)**

Fäst vikt vid säkra arbetssätt, eftersom

- **det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen upplever att medvetenhet om patienters varningstecken kan minska risken att utsättas för våld^{32,46}. (B)**
- **det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen lättare kan hantera situationen genom att hålla sig lugn och vid behov be om hjälp⁵⁰. (B)**

3. Kompetenssäkring

I arbetsgemenskapen är det viktigt att göra det möjligt för vårdpersonalen att delta i utbildningar som är inriktade på att förebygga våld, eftersom

- **det finns stark evidens för att vårdpersonalen upplever att utbildningen kring våld är otillräcklig^{34,39,50,55-59}. (A)**
 - Omvårdnadspersonalen har till exempel upplevt att utbildningar i att förebygga våld⁵⁵ och hantera aggressivt beteende är otillräckliga^{55,56}. Utbildningen bör vara multiprofessionell⁵⁶ och kontinuerlig, och den bör innehålla praktisk träning^{55,58}.
- **det finns stark evidens för att utbildning stärker vårdpersonalens tilltro till sin förmåga att hantera våldssituationer⁶⁰⁻⁶⁵. (A)**
- **det finns stark evidens för att vårdpersonalen upplever att utbildning bidrar till att tydliggöra personalens roller i våldssituationer^{38,56,66}. (A)**
- **det finns måttlig evidens för att utbildning av omvårdnadspersonalen kan minska risken att utsättas för våld^{67,68}. (B)**
- **det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen upplever att utbildning ökar förståelsen för att våld inte är en acceptabel del av vårdarbetet^{61,65}. (B)**
- **det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen upplever att utbildning ökar deras kompetens i att förutse våldssituationer och använda lugnande metoder^{64,65}. (B)**
- **det finns måttlig evidens för att vårdpersonalen upplever att utbildning förbättrar deras kommunikationsförmåga^{60,69,70}. (B)**

4. Interaktion med patienten

Fäst stor vikt vid interaktionen med en patient som löper en ökad risk för våld samt beteende, eftersom

- **det finns stark evidens för att vårdpersonalen upplever att god interaktion mellan vårdpersonalen och patienten förebygger våldssituationer^{46,56,59,69}. (A)**
- **det finns måttlig evidens för att vårdpersonalen upplever det som viktigt att bemöta patienten på ett lugnande^{34,71} (B) och respektfullt sätt^{31,32,34} (B) för att förebygga våld.**
 - Patienter som vårdats på akutmottagning har önskat att de bemöts respektfullt och artigt och att vårdpersonalen skapar en förtroendefull relation till patienterna⁵⁶.
 - Att vårdpersonalen har en kultursensitiv kompetens och att invandrare får tillräckligt med information om sitt hälsotillstånd, faktorer som påverkar hälsan och servicesystemet i det nya hemlandet är centrala faktorer för en lyckad integration⁴⁴.
- **det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen upplever att brister i kommunikationen och informationsflödet mellan omvårdnadspersonalen och patienterna har en koppling till att situationer eskalerar till våld^{37,48}. (B)**
 - Omvårdnadspersonalen har upplevt frustration särskilt på grund av bristfällig kommunikation, till exempel i situationer där patienters behandlingar upprepade gånger ställts in utan tydlig information. Bristfällig kommunikation inom det multiprofessionella teamet kan leda till att omvårdnadspersonalen möter arga och aggressiva patienter. Dessutom har omvårdnadspersonalen upplevt att risken för våld kan öka till följd av bristfällig kommunikation med patienter, till exempel i fråga om vårdbeslut, kommande vård samt behandlingar och ändringar i dem.³⁷
- **det finns stark evidens för att omvårdnadspersonalen upplever att deras bristande interaktions- och kommunikationsfärdigheter har en koppling till att situationer eskalerar till våld^{39,50}. (A)**
- **evidensen är osäker, men tyder på att vårdpersonalen upplever att ett empatiskt bemötande förebygger patienters våldsamma beteende⁷¹. (C)**
- **evidensen är osäker, men tyder på att vårdpersonalen upplever att man kan undvika att situationer eskalerar till våld genom att ge patienterna tid och utrymme att lugna ned sig⁷¹. (C)**

- **evidensen är osäker, men tyder på att vårdpersonalen upplever att en förtroendefull relation till patienter minskar eskaleringen av våldssituationer⁷¹. (C)**

Informera patienten om när vården kan påbörjas, väntetiden och hur vården framskrider, eftersom

- **det finns stark evidens för att långa väntetider ökar våldsriskerna hos patienter^{14,30-32,38,48,72}. (A)**
- **det finns måttlig evidens för att våldsriskerna kan minskas genom att hålla patienterna uppdaterade om när vården kan påbörjas och hur den framskrider.⁵⁶ (B)**

5. Faktorer relaterade till verksamhetsmiljön

Organisationerna ska med jämna mellanrum göra en bedömning av våldsrisk, eftersom

- **det finns måttlig evidens för att det finns faktorer i sjukhusmiljön som ökar risken för att utsättas för våld^{34,48}. (B)**
 - Omvårdnadspersonalen har identifierat att till exempel avsaknaden av säkerhetssystem och interna anvisningar är faktorer som ökar risken för att utsättas för våld.³⁴

Se till att din organisation har lokaler, utrustning och arrangemang som lämpar sig för att förebygga våld och som verksamhetsmiljön kräver, eftersom

- **det finns stark evidens för att en lugnande och tydlig utformning av lokalerna kan förebygga våld^{30,34,39,56,69}. (A)**
 - Vårdpersonalen och cheferna vid akutmottagningar har uppgett att det är viktigt att kunna hålla våldsamma patienter avskilda från andra för att hantera våldshändelser. Vårdpersonalen vid akutmottagningar har önskat fler trygga och skyddade lokaler där våldsamma patienter kan placeras.⁵⁶
 - Personalen vid akutmottagningar har beskrivit allmänna metoder för att förhindra att föremål används som vapen: stolar har fästs i väggarna, glasflaskor har ersatts med plastflaskor och vårdmaterial förvaras utanför rummen⁶⁹.
 - Rekommendationsarbetsgruppen rekommenderar dessutom att man fäster vikt vid att utrymningsvägarna i mottagningslokalerna är fria från hinder och vid att patienten placeras så i lokalen att personalen vid behov kan ta sig ut obehindrat.
- **evidensen är osäker, men tyder på att vårdpersonalen litar på säkerhetsutrustningen som en del av det våldsförebyggande arbetet⁶⁹. (C)**
 - Enligt arbetarskyddslagen är arbetsgivaren skyldig att tillhandahålla ett lämpligt larmsystem för arbetstagarna. På motsvarande sätt är arbetstagaren skyldig att använda den arbetarskyddsutrustning som arbetsgivaren tillhandahåller.⁷
 - **Larmsystem:** Vårdpersonalen vid akutmottagningar har upplevt att larmsystem är de mest effektiva förebyggande tekniska lösningarna. Dessa kan till exempel vara fasta **nödknapps- och klocksystem** samt **trådlösa telefon- eller personsökarlösningar** med nödknapp och bärbara larm. Larmen kan antingen vara hörbara, så att de tillkallar

hjälp från närområdet (t.ex. en kollega), eller tysta, så att de larmar en specifik person (t.ex. väktare, polis) utan att den som utgör hotet märker larmet. Vårdpersonalen har upplevt att denna utrustning ökar känslan av trygghet och förbättrar deras förutsättningar att agera i situationer där det finns hot om våld.⁶⁹

- **Låssystem:** Vårdpersonalen vid akutmottagningar har upplevt låssystem som ett effektivt sätt att förebygga våldssituationer. Tillträde till en enhet som skyddas av ett låssystem förutsätter att man ringer på dörrklockan, eller så kontrolleras tillträdet med koder eller passerkort som endast behörig personal har tillgång till. Trygghetskänslan som låssystem ger vårdpersonalen framhävs nattetid.⁶⁹
- **Kameraövervakning:** Vårdpersonalen vid akutmottagningar har beskrivit kameraövervakning som en bra lösning för att kontrollera kritiska områden samt för att övervaka entréer och ambulansintag. Kritiska områden är till exempel väntrum och vådrum, särskilt vid övervakning av patienter med substansmissbruk. Kameraövervakning anses också ha en förebyggande effekt.⁶⁹

För att säkerställa vårdpersonalens säkerhet när de möter patienter med våldsrisk är det viktigt att fästa vikt vid verksamhetsmiljöns särdrag, eftersom

- **det finns stark evidens för att risken för våld är förhöjd vid arbete inom långtidsvård, intensivvård, akutmottagningar eller psykiatriska enheter^{50,51,73-76}. (A)**
 - Risken för våld har konstaterats vara låg vid arbete inom studenthälsovården, neonatalenheter, somatiska enheter för barn och unga eller privata mottagningar⁷³.
- **det finns måttlig evidens för att arbete med bedömning av vårdbehov (triage) vid akutmottagningar är förenat med en ökad risk för våld^{30,77}. (B)**



Arbete i patientens hem innebär särskilda utmaningar när det gäller att identifiera hot om våld. Dessa diskuteras inte i denna rekommendation. Mer information finns till exempel i THL:s publikationer *Turvallisia kotiin annettavia sote-palveluja: opas kotihoitoon*⁷⁸ och *Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen*⁷⁹.

6. Faktorer relaterade till organisationer

Organisationerna ska skapa enhetliga rutiner för att förebygga våld, eftersom

- **det finns stark evidens för att tydliga rutiner för att förebygga och hantera våld minskar våldssituationer^{51,74,80,81}. (A)**
 - Arbetarskyddslagen⁷ ålägger arbetsgivaren att utarbeta anvisningar där man på förhand uppmärksammar hanteringen av hotfulla situationer och rutinerna för att motverka eller begränsa våldssituationens konsekvenser för arbetstagarnas säkerhet.
 - Enligt strafflagen⁸² uppfyller till exempel misshandel (även lindrig misshandel), vållande av skada, olaga hot eller olaga förföljelse rekvisiten för brott mot hälsa eller frihet. I sådana vålds- eller hotsituationer är arbetsgivaren skyldig att göra en brottsanmälan eller bistå arbetstagaren med att göra en brottsanmälan.
- **det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen upplever tydliga rutiner inom organisationen som viktiga för att förebygga våldssituationer^{34,66}. (B)**
- **det finns måttlig evidens för att otydliga besöksrutiner vid enheten ökar risken för våldssituationer³¹. (B)**

Organisationerna ska ta hand om vårdpersonalens välbefinnande i arbetet, eftersom

- **det finns måttlig evidens för att vårdpersonalen upplever stöd från sin chef som viktigt⁶⁹. (B)**
 - Vårdpersonalen har upplevt att det är viktigt för stresståligheten att chefen ger sitt stöd när personalen möter aggressiva patienter och att organisationen tar hand om deras välbefinnande i arbetet och resiliens⁶⁹.

Organisationerna ska i mån av möjlighet sträva efter att minimera risken för våld genom schemaläggning och resursfördelning, eftersom

- **det finns stark evidens för att arbete i kvälls- och nattskift eller på helger har en koppling till en ökad risk för våld^{32,50,51,75,77,80,83}. (A)**
- **det finns stark evidens för att en alltför hög arbetsbelastning och resursbrist har en koppling till en ökad risk för våld^{34,48,50}. (A)**

7. Erfarenheter av våldets konsekvenser för välbefinnandet

Var medveten om våldets konsekvenser för ditt välbefinnande och sök vid behov hjälp, eftersom

- **det finns stark evidens för att våld försämrar vårdpersonalens välbefinnande^{32,37-40,46,50,51,55,58,59}. (A)**
 - Omvårdnadspersonalen har till följd av våldssituationer upplevt psykiska men, såsom aggressiva känslor (till exempel ilska), och psykisk ohälsa, såsom ångest, depression eller posttraumatisk stress³⁹.
 - Sjukskötare som arbetar på akutmottagningar har upplevt att våld påverkar deras känsla av trygghet på arbetsplatsen. Detta är till exempel kopplat till oro över huruvida akutmottagningens ingång övervakas tillräckligt väl och om säkerhetsåtgärderna är effektiva.⁵⁰
 - Hemvårdspersonalen har upplevt att våld påverkar deras välbefinnande negativt. Detta tar sig uttryck i negativa känslor och tankar, till exempel hjälplöshet, ilska och rädsla. Upplevelser av våld har också beskrivits ha en koppling till sämre självkänsla.⁵⁸
 - Våld ökar sjukskötarnas stress, ångest, rädsla och utmattning. De kan också drabbas av allvarigare psykisk ohälsa, såsom posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression eller avsiktligt självskadebeteende. De kan uppleva att både deras övergripande fysiska och psykiska hälsa försämras till följd av våldet.⁵⁰
- **det finns måttlig evidens för att det finns en koppling mellan att omvårdnadspersonalen har utsatts för våld och sömnsvårigheter hos dem^{51,80}. (B)**
- **det finns måttlig evidens för att familjelivet hos omvårdnadspersonalen påverkas negativt av att de utsätts för våld^{37,80}. (B)**

Var medveten om våldets konsekvenser för ditt arbete, eftersom

- **det finns stark evidens för att våld leder till att omvårdnadspersonalen överväger att lämna sitt arbete eller hälso- och sjukvårdssektorn^{37,39,50,51,80}. (A)**
- **det finns stark evidens för att våld orsakar utbrändhet hos omvårdnadspersonalen^{39,51,59,80}. (A)**
 - Våldssituationer har negativa konsekvenser för sjukskötarnas arbete, vilket tar sig uttryck i försämrad arbetsmotivation, minskad arbetseffektivitet, frånvaro från arbetet, försämrad vårdkvalitet och arbetsrelaterade skador⁵⁰.

- **det finns måttlig evidens för att våld förändrar omvårdnadspersonalens inställning till patienterna^{32,59}. (B)**
 - Tidigare negativa erfarenheter av våld hos omvårdnadspersonalen kan öka missnöjet med arbetet och leda till kränkande attityder gentemot patienterna³⁴.

8. Rapportering av våldssituationer

Det är viktigt att skapa rutiner i arbetsgemenskapen som uppmuntrar till och vägleder rapportering av våldssituationer, eftersom

- det finns stark evidens för att det är oklart för vårdpersonalen vad och hur man bör rapportera om våldssituationer^{31,56,84,85}. (A)
- det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen upplever att anvisningar för rapportering av våldssituationer minskar risken för våldssituationer^{31,81}. (B)
- det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen upplever tidsbrist som ett hinder för rapportering av våldssituationer^{50,85}. (B)

Organisationerna ska säkerställa att våldssituationer inte accepteras eller normaliseras, eftersom

- det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen låter bli att rapportera våldssituationer eftersom våldsam beteende tolkas som en del av patientens sjukdom⁸⁵. (B)
- det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen prioriterar patientens vård framför arbetssäkerheten⁵⁹. (B)

Organisationerna ska säkerställa tillräckligt stöd till vårdpersonalen i situationer där våld eller hot om våld har förekommit, eftersom

- det finns stark evidens för att rädsla för konsekvenser hos omvårdnadspersonalen minskar rapporteringen av våldssituationer^{31,59,85}. (A)
 - Underrapportering av våld är förknippad med många rädslor, såsom rädsla för att förlora arbetet, för allvarliga eller rättsliga konsekvenser⁸⁵, för repressalier från chefer^{59,85}, för negativa reaktioner från chefer eller kollegor³¹ eller för negativa konsekvenser för karriärutvecklingen hos den som rapporterar våld⁵⁹.
- det finns stark evidens för att vårdpersonalen låter bli att rapportera våldssituationer eftersom de upplever att de inte får tillräckligt med stöd från chefer^{31,37,56,84}. (A)

- **det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalen låter bli att rapportera våldssituationer eftersom de upplever att de inte får tillräckligt med stöd från sina kollegor⁸⁴. (B)**

Organisationerna ska synliggöra konkreta åtgärder som har vidtagits utifrån rapporter om våldssituationer för arbetsgemenskapen, eftersom

- **det finns stark evidens för att omvårdnadspersonalen låter bli att rapportera våldssituationer eftersom de inte upplever att rapporteringen förändrar rutinerna^{57,84}. (A)**
- **det finns stark evidens för att omvårdnadspersonalens personliga attityder och övertygelser påverkar viljan att rapportera våldssituationer^{31,59,84-86}. (A)**
- **det finns måttlig evidens för att omvårdnadspersonalens personliga egenskaper och tidigare erfarenheter påverkar underlåtenheten att rapportera våldssituationer⁸⁵. (B)**
 - Underrapportering av våld på arbetsplatsen har förknippats med vårdpersonalens personliga egenskaper, såsom kvinnligt kön, ung ålder, kort arbetserfarenhet, ensamarbete och personlighet (omtänksamhet, empati). Även arbete inom den specialiserade sjukvården, flera tidigare erfarenheter av våld, avtrubning inför våldsamma patienter samt fördomar mot rapportering av våld hade en koppling till underrapporteringen.⁸⁵

9. Bearbetning av våldssituationer

Organisationerna ska möjliggöra bearbetning av våldssituationer och avlastningssamtal för vårdpersonalen, och de som varit delaktiga i situationen ska uppmuntras att delta i detta, eftersom

- det finns måttlig evidens för att vårdpersonal som utsatts för våld upplever möjligheterna till bearbetning av händelsen som otillräckliga^{56,59,86}. (B)
- evidensen är osäker, men tyder på att omvårdnadspersonal som varit med om våldssituationer upplever att bearbetning hjälper dem att hantera situationen³². (C)

Organisationerna ska säkerställa att vårdpersonalen har möjlighet att få stöd efter våldssituationer, eftersom

- det finns stark evidens för att omvårdnadspersonalen upplever kollegialt stöd efter våldssituationer som viktigt^{34,50,51,58,86}. (A)
- evidensen är osäker, men tyder på att omvårdnadspersonalen anser det vara viktigt att de får stöd för att bearbeta våldssituationer⁸⁶. (C)
- evidensen är osäker, men tyder på att omvårdnadspersonalen upplever att det stöd som ges för att bearbeta våldssituationer är otillräckligt⁸⁶. (C)

Uppmuntra en arbetstagare eller kollega som utsatts för våld att också diskutera sina känslor kring våldssituationen med sina närstående, eftersom

- evidensen är osäker, men tyder på att omvårdnadspersonalen upplever att stöd från familj och vänner uppmuntrar omvårdnadspersonal som utsatts för våld att söka professionell hjälp efter våldssituationen⁸⁶. (C)



Rekommendationsarbetsgruppen betonar social- och hälsovårdspersonalens tystnadsplikt i situationer utanför arbetet. Flera lagar^{26,27,87,88} förpliktar personalen att hemlighålla alla uppgifter om klienter eller patienter som de har fått kännedom om på grund av sin ställning eller sina arbetsuppgifter.



Bearbetning av våldssituationer

Inom social- och hälsovården används olika avlastningsmetoder som bildar en helhet med flera steg. Målet är att stödja arbetstagarnas psykiska funktionsförmåga och förebygga att belastningen blir långvarig. Metoderna kan delas in i tidiga metoder, som genomförs omedelbart efter belastande händelser, samt mer långvariga och rehabiliterande stödformer. Centrala metoder i det tidiga skedet är avlastningssamtal i grupp (defusing) samt individuella kollegiala avlastningssamtal, där man utnyttjar utbildat kollegialt stöd och arbetsgemenskapens interna resurser för att bearbeta den psykiska belastningen. Dessa kompletteras av olika avlastande uppföljningsinsatser som utgår från arbetsgemenskapen, såsom uppföljningsmöten eller informationsmöten, som kan bidra till att stödja återhämtningen och att skapa en gemensam lägesbild på längre sikt. För personer som drabbats av mer allvarlig belastning eller som utsatts för traumatiska upplevelser har mer intensiva post-traumaworkshoppar utvecklats, som kombinerar psykoedukation, kollegialt stöd och expertstött rehabilitering. Dessutom fungerar arbetshandledning som en central, förebyggande och långsiktig metod som möjliggör bearbetning av både akut och kumulativ stress som en del av den professionella reflektionen och utvecklingen av arbetsgemenskapen.⁸⁹⁻⁹¹

Implementering av rekommendationen

Implementering av rekommendationen

Denna nationella Hotus-Vårdrekommendation[®] är avsedd att användas av all yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården som i sitt arbete kan möta patienter eller klienter som betar sig våldsamt. Vårdrekommendationen är avsedd att utgöra en grund för nationella program och kvalitetsrekommendationer samt att fungera som ett stöd för beslutsfattandet och personalledningen hos chefer inom social- och hälsovården. När organisationers eller enheters rutiner utvecklas utifrån rekommendationen bidrar det till att främja klient- och patientsäkerheten samt arbetssäkerheten för personalen inom social- och hälsovården.

Skapande av enhetliga rutiner

Vårdrekommendationen skapar en grund för nationellt enhetliga rutiner. Rekommendationen gör det möjligt att utveckla lokala och detaljerade handlingsanvisningar för olika verksamhetsmiljöer där våld förekommer. Sådana är till exempel akutmottagningar, hemvård samt enheter inom mentalvårds- och missbruksarbete. Vårdrekommendationen är avsedd att användas i organisationer vid utvecklingen av rutiner och processer, såsom tryggare rutiner för att identifiera och minska våldsrisk. Handlingsanvisningarna konkretiserar det praktiska genomförandet av rekommendationen. På så sätt säkerställs att handlingsanvisningarna är i linje med nationellt enhetliga rutiner.

Internationellt finns det evidensbaserade strategier och interventioner för att förebygga våld. Av dessa är Six Core Strategies⁹² och Safewards⁹³ de mest kända i Finland. Six Core Strategies är en evidensbaserad modell som består av ledarskap, användning av information, utbildning av personal, användning av förebyggande verktyg, stärkt patientdelaktighet och uppföljningsmöten⁹². Safewards är en modell som bygger på forskning och arbetslivssamarbete och som kan bidra till att minska konflikter och aggressionssituationer samt de tvångsåtgärder som används för att lugna ner dem. Safewards-modellen omfattar tio konkreta interventioner för att förebygga våldsamt beteende och lugna ner aggressionssituationer: att skapa gemensamma förväntningar, använda vänliga ord, tillämpa verbal de-eskalering, använda positiva ord, överbringa dåliga nyheter, lära känna varandra, ge hjälp, använda lugnande metoder, upprätthålla trygghet och skriva utskrivningshälsningar.⁹³ Safewards-modellen fungerar som en referensram vid bemötande av våldsamma patienter, till exempel genom att stärka interaktionen mellan patienterna och omvårdnadspersonalen. Strategierna är allmänt hållna, och att tillämpa dem så att de kan användas av alla enheter och arbetstagare i organisationen kräver ett separat utvecklings- och planeringsarbete.

Förutsättningar för enhetliga rutiner

Implementeringen av denna vårdrekommendation förutsätter att ledningen för organisationer och arbetsenheter inom social- och hälsovården skapar förutsättningar för att bygga upp enhetliga rutiner och de handlingsanvisningar som ingår i dem. Organisationernas ledning ska möjliggöra ett stärkt samarbete mellan yrkesgrupper för att förankra det multiprofessionella arbete som beskrivs i vårdrekommendationerna som en bestående evidensbaserad rutin. Dessutom behövs information, utveckling av en rapporteringskultur i våldssituationer, kompetenssäkring (utbildning och introduktion), samarbete mellan olika parter samt tillräckliga tidsmässiga och ekonomiska resurser. De ekonomiska resurserna omfattar bland annat trygga lokaler, en trivsam miljö och utbildningar. Personalresurser och ekonomiska resurser är avgörande faktorer för huruvida rekommendationerna och de nya rutinerna implementeras i vårdarbetets vardag. Som stöd för implementeringen av vårdrekommendationen finns stödstrukturer och modeller, som till exempel modellen FinYHKÄ™. Dessutom kan forskningsklubbverksamhet främja implementeringen av denna vårdrekommendation. Mer information om dessa stödstrukturer finns på Stiftelsen för vårdforsknings webbplats.

Efter implementeringen av rekommendationen ska etableringen av de nya rutinerna följas upp regelbundet med hjälp av lämpliga bedömningsmetoder, till exempel genom att följa 1) att våldssituationer rapporteras som avvikelser i patient- och arbetssäkerheten, 2) att bearbetning och avlastningssamtal genomförs, 3) att personalen deltar i fortbildning och 4) hur personalens välbefinnande i arbetet utvecklas. Välbefinnandet i arbetet kan till exempel följas upp med hjälp av personalenkäter.

Nationellt kan förekomsten av våldssituationer följas upp med hjälp av den vårdsensitiva mätaren *Våldshändelser*. Mätaren innehåller delar som är avsedda för att utveckla vårdarbetets kvalitet i den egna enheten när det gäller bedömning av våldsrisker och metoder för hantering av dem. Tills vidare används mätaren inom enheter för psykiatrisk avdelningsvård.⁹⁴ Dessutom ska uppvisat våldsamtt beteende i vårdssituationer antecknas i riskuppgifterna i patientjournalen i enlighet med THL:s rekommendationer⁹⁵.

Nytta för patienten

Våldssituationer kan försämra patientsäkerheten. Denna vårdrekommendation stöder säkerheten och ett adekvat bemötande av patienter inom social- och hälsovårdstjänster. En trygg arbetsmiljö skapar förutsättningar för vårdpersonalen att bemöta patienterna empatiskt och respektfullt. En trygg vårdmiljö är viktig även för patienterna, eftersom våldsamtt beteende kan orsaka oro och känslor av otrygghet hos andra. Hanteringen av våldssituationer belastar vårdpersonalen och binder resurser, vilket kan fördröja vården både för den patient som betar sig våldsamtt och för andra patienter. Dessutom är det viktigt att man vid förebyggande av våld iakttar patienternas rättigheter, autonomi och en förtroendefull vårdrelation. Att överdrivet betona patienternas våldsrisk kan i värsta fall leda till stigmatisering, överdrivna säkerhetsåtgärder och en försämrad vårdrelation.

Nytta för social- och hälsovårdspersonalen

Vårdrekommendationen stöder yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården som i sitt arbete möter våldsamma patienter. Vid vård av våldsamma patienter understryks kunskap om tecken som förutsäger våld hos patienterna och i miljön, kommunikation i mötet med patienter samt utbildning som stärker vårdpersonalens de-eskaleringsförmåga, det vill säga en lugnande och förebyggande interaktion. Dessutom ska avlastning efter våldssituationer samt tillräckligt stöd efter händelsen beaktas på individ-, gemenskaps- och organisationsnivå. Vårdpersonalens belastning och välbefinnande i arbetet kan bedömas med olika instrument, såsom Arbetshälsoinstitutets Arbetsengagemang-test⁹⁶, enkäten om psykosociala belastningsfaktorer i arbetet⁹⁷ eller organisationernas egna enkäter om välbefinnande i arbetet och personalenkäter. Erfarenheter av våld kan påverka vårdarbetets attraktionskraft och personalens vilja att stanna kvar i yrket.

Implementeringen av vårdrekommendationen kräver att man förbinder sig till evidensbaserade enhetliga rutiner, utarbetar anvisningar som svarar mot behoven i den egna verksamhetsmiljön och allokerar tillräckliga resurser till verksamheten. Även om stödet från organisationsledningen är en väsentlig utgångspunkt för att implementera och etablera vårdrekommendationen, förutsätter implementeringen multiprofessionell kompetens för att kunna identifiera och vårda en våldsam patient. Organisationerna ansvarar för att säkerställa tillräcklig kompetens hos social- och hälsovårdspersonalen samt för att regelbundet bedöma kompetensnivån och de rutiner som främjar patient- och arbetssäkerheten. Fortbildning ska ordnas efter behov.

Social- och hälsovårdspersonalen har en central roll i att etablera användningen av denna vårdrekommendation, evidensbaserade rutiner och olika verksamhetsmodeller.

Användning av rekommendationen i utbildning och introduktion

Vårdrekommendationen ska inkluderas i grundutbildningen inom social- och hälsovården samt utnyttjas i yrkesinriktad vidare- och fortbildning och i personalens introduktion. Medlemmar i den arbetsgrupp som utarbetat denna vårdrekommendation kan bjudas in för att hålla expertpresentationer vid olika kommunikations- och utbildningstillfällen.

Vårdrekommendationen kan laddas ned i sin helhet från Stiftelsen för vårdforsknings webbplats.

Metoder

Informationssökning och val av informationskällor

Hotus-vårdrekommendationer bygger på en systematisk informationssökning som genomförs av en informationsspecialist vid biblioteket enligt en plan som utarbetats av rekommendationsarbetsgruppen. Sökningen utförs i databaser som är relevanta för ämnesområdet.

Valet av forskningsartiklar grundar sig på de inklusions- och exklusionskriterier som rekommendationsarbetsgruppen har fastställt på förhand. Rekommendationsarbetsgruppen granskar referenserna systematiskt i programmet Covidence, först på titel- och abstraktnivå och därefter i fulltext. Varje referens bedöms självständigt av två medlemmar i rekommendationsarbetsgruppen. Avvikande bedömningar avgörs i konsensussamtal.

Rekommendationsarbetsgruppen väljer de resultat från de utvalda forskningsartiklarna som är mest relevanta för rekommendationen. Därefter tar Hotus forskare, med hjälp av artificiell intelligens, fram översättningar av resultaten samt beskrivningar av studiernas metodologiska genomförande enligt en på förhand fastställd mall.

Kvalitetsbedömning

Den metodologiska kvaliteten hos de inkluderade forskningsartiklarna bedöms med hjälp av JBI:s kriterier för kritisk granskning, anpassade till respektive studieupplägg. Kvalitetsbedömningen genomförs först av två personer självständigt, varefter den slutliga bedömningen fastställs i ett konsensussamtal mellan bedömarna. I vårdrekommendationen inkluderas vetenskapliga, referentgranskade systematiska översikter och originalstudier vars kvalitet bedöms vara tillräckligt god: mer än 50 procent av kriterierna i JBI:s studieuppläggspecifika granskningsmall för kritisk granskning uppfylls och de på förhand definierade kritiska kriterierna uppfylls.

Utarbetande av översikter över evidensstyrka och rekommendationer

För varje rekommendation utarbetas en översikt över evidensstyrka som beskriver det resultat som är centralt för rekommendationen, studiens metodologiska genomförande, resultatet av kvalitetsbedömningen samt forskningsresultatets relevans för rekommendationen. Evidensstyrkan för rekommendationen bestäms utifrån hur stark och samstämmig evidens studierna i översikten över evidensstyrka ger, med beaktande av studiernas kvalitet samt andra aspekter som är av betydelse för bedömningen av evidensstyrkan. Översikterna över evidensstyrka publiceras på finska på Hotus webbplats. Handboken för utarbetande av Hotus-vårdrekommendationer finns i sin helhet tillgänglig på finska på Hotus webbplats.

Källor

1. Työsuojelu. 2026. Väkivallan uhka. Päivitetty 28.1.2026. Viitattu 21.3.2026. Saatavilla: <https://tyosuojelu.fi/tyoolot/vakivallan-uhka>.
2. Aula Research. 2021. Selvitys väkivallasta sote-alalla, tulospaketti. Tehy ry:n toimeksiantama kyselytutkimus. Saatavilla: https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehyn_kysely_vakivallasta_sote-alalla_2021_paatulokset_id_17211.pdf.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>.
4. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2024. Väkivallan ehkäisy. Viitattu: 9.10.2024. Saatavilla: <https://thl.fi/aiheet/vakivalta/vakivallan-ehkaisy>.
5. Nowrouzi-Kia B, Isidro R, Chai E, Usuba K, Chen A. Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. Aggression and Violent Behavior 2019; 44: 1-7. DOI: 10.1016/j.avb.2018.11.002.
6. Työturvallisuuskeskus. 2025. Väkipalta pois työpaikalta. Viitattu: 21.3.2026. Saatavilla: <https://ttk.fi/julkaisu/vakivalta-pois-tyopaikalta-2/>.
7. Finlex. 2022. Työturvallisuuslaki 738/2022. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2002/738>.
8. Bildjuschkin K, Ewalds H, Hietamäki J, Kettunen H, Koivula T, Mäkelä J, Nipuli S, October M, Peltonen J, Siukola R. 2020. Väkipaltakäsitteiden sanasto. Työpäpəri 1/2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu: 21.3.2026. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-211-6>.
9. Al-Qadi MM. Workplace violence in nursing: A concept analysis. Journal of Occupational Health 2021; 63: e12226. DOI: 10.1002/1348-9585.12226.
10. World Health Organization (WHO). 2002. World report on violence and health. Geneva. Saatavilla: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>.
11. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for workplace violence prevention in emergency departments: A systematic review. International journal of environmental research and public health 2021; 18. DOI: 10.3390/ijerph18168459.
12. Lupa- ja valvontaviraston työsuojeluosasto. 2026. Työolot - Epäasiallinen kohtelu. Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu. Saatavilla: <https://tyosuojelu.fi/tyoolot/epaasiallinen-kohtelu>.
13. Työturvallisuuskeskus. 2026. Työväkivallan hallinta. Viitattu: 25.2.2026. Saatavilla: <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/tyopaikkavakivallan-hallinta/>.
14. Luck L, Jackson D, Usher K. STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. Journal of Advanced Nursing 2007; 59: 11-19. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04308.x.
15. Salzmänn-Erikson M, Yifter L. Risk factors and triggers that may result in patient-initiated violence on inpatient psychiatric units: An integrative review. Clinical Nursing Research 2020; 29: 504-520. DOI: 10.1177/1054773818823333.

16. Dadashzadeh A, Rahmani A, Hassankhani H, Boyle M, Mohammadi E, Campbell S. Iranian pre-hospital emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: A descriptive qualitative study. *Journal of Nursing Management* 2019; 27: 1190-1199. DOI: 10.1111/jonm.12791.
17. Ogloff JRP, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences & the Law* 2006; 24: 799-813. DOI: 10.1002/bsl.741.
18. Maguire T, Daffern M, Bowe SJ, McKenna B. Risk assessment and subsequent nursing interventions in a forensic mental health inpatient setting: Associations and impact on aggressive behaviour. *Journal of clinical nursing* 2018; 27: e971-e983. DOI: 10.1111/jocn.14107.
19. Griffith JJ, Meyer D, Maguire T, Ogloff JRP, Daffern M. A Clinical decision support system to prevent aggression and reduce restrictive practices in a forensic mental health service. *Psychiatric Services (Washington, DC)* 2021; 72: 885-890. DOI: 10.1176/appi.ps.202000315.
20. McLoughlin L, Carey C, Dooley S, Kennedy H, McLoughlin I. An observational study of a cross platform risk assessment mobile application in a forensic inpatient setting. *Journal of Psychiatric Research* 2021; 138: 388-392. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.04.034.
21. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence* 2000; 15: 1284-1296. DOI: 10.1177/088626000015012003.
22. Hvidhjelm J, Berring LL, Whittington R, Woods P, Bak J, Almvik R. Short-term risk assessment in the long term: A scoping review and meta-analysis of the Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2023; 30: 637-648. DOI: 10.1111/jpm.12905.
23. Webster CD, Nicholls TL, Martin M-L, Desmarais SL, Brink J. Short-term assessment of risk and treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences & the Law* 2006; 24: 747-766. DOI: 10.1002/bsl.737.
24. Doyle M, Logan C. Operationalizing the assessment and management of violence risk in the short-term. *Behavioral Sciences & the Law* 2012; 30: 406-419. DOI: 10.1002/bsl.2017.
25. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Guy LS, Wilson CM. Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and overview. *International Journal of Forensic Mental Health* 2014; 13: 93-108. DOI: 10.1080/14999013.2014.906519.
26. Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/785>.
27. Finlex. 2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2000/812>.
28. Mönkkönen, K. *Vuorovaikutus asiakastyössä - Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus, 2018.
29. Työturvallisuuskeskus. 2026. Haastavat asiakas- ja potilastilanteet. Viitattu: 17.3.2026. Saatavilla: <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/toimialakohtaista-tietoa/sosiaali-ja-terveysala/terveydenhuoltoala/haastavat-asiakas-ja-potilastilanteet/>.

30. Pich JV, Kable A, Hazelton M. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal* 2017; 20: 107-113. DOI: 10.1016/j.aenj.2017.05.005.
31. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration (JONA)* 2009; 39: 340-349. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181ae97db.
32. Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. Patient-related violence at triage: a qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing* 2011; 19: 12-19. DOI: 10.1016/j.ienj.2009.11.007.
33. Spelten E, Thomas B, O'Meara P, van Vuuren J, McGillion A. Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? *PloS one* 2020; 15: e0230793. DOI: 10.1371/journal.pone.0230793.
34. Al-Natour A, Abuziad L, Hweidi LI. Nurses' experiences of workplace violence in the emergency department. *International Nursing Review* 2023; 70: 485-493. DOI: 10.1111/inr.12788.
35. Derscheid DJ, Meyer C, Arnetz JE. Haddon matrix model: Application to workplace violence in a hospital setting. *Journal of Healthcare Risk Management* 2025; 44: 26-35. DOI: 10.1002/jhrm.21586.
36. Considine J, Berry D, Johnson R, Sands N. Vital signs as predictors for aggression in hospital patients (VAPA). *Journal of clinical nursing* 2017; 26: 2593-2604. DOI: 10.1111/jocn.13646.
37. Luck L, Kaczorowski K, White M, Dickens G, McDermid F. Medical and surgical nurses' experiences of modifying and implementing contextually suitable Safewards interventions into medical and surgical hospital wards. *Journal of Advanced Nursing* 2024; 80: 4639-4653. DOI: 10.1111/jan.16102.
38. Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel Journal of Health Policy Research* 2017; 6: 59. DOI: 10.1186/s13584-017-0183-y.
39. Bahadir-Yilmaz E, Kurşun A. Opinions of staff working in workplace-violence-related units on violence against nurses: A qualitative study. *Archives of Environmental & Occupational Health* 2021; 76: 424-432. DOI: 10.1080/19338244.2020.1832035.
40. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Violence against healthcare workers in a pediatric emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal* 2010; 32: 68-82. DOI: 10.1097/tme.0b013e3181c8b0b4.
41. Bettmann JE, Penney D, Clarkson Freeman P, Lecy N. Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness. *Social Work in Health Care* 2015; 54: 738-757. DOI: 10.1080/00981389.2015.1046578.
42. Carroll J, Epstein R, Fiscella K, Volpe E, Diaz K, Omar S. Knowledge and beliefs about health promotion and preventive health care among Somali women in the United States. *Health Care for Women International* 2007; 28: 360-380. DOI: 10.1080/07399330601179935.

43. Shah S, Ayash C, Pharaon N, Gany F. Arab american immigrants in New York: Health care and cancer knowledge, attitudes, and beliefs. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2008; 10: 429-436. DOI: 10.1007/s10903-007-9106-2.
44. Castaneda A. E., Kuusio H, Skogberg N, Tuomisto K, Kytö S, Salmivuori E, Jokela S, Mäki-Opas J, Laatikainen T, Koponen P. 2017. Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyy erityiskysymyksiä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 133(10): 993-1001. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13737>.
45. Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Suvisaari J, Koskinen S, Härkänen T, Mannila S, Laitinen K, Jukarainen P, Jasinskaja-Lahti I. The association between discrimination and psychological and social well-being: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland. *Psychology and Developing Societies* 2015; 27: 270-292. DOI: 10.1177/0971333615594054.
46. Avander K, Heikki A, Bjerså K, Engström M. Trauma Nurses' Experience of Workplace Violence and Threats: Short- and Long-Term Consequences in a Swedish Setting. *Journal of Trauma Nursing* 2016; 23: 51-57. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000186.
47. Jiao M, Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sun H, Kang Z, Liang L, Wu Q, Hao Y. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ open* 2015; 5: e006719. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006719.
48. Alkorashy HAE, Al Moalad FB. Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *International Nursing Review* 2016; 63: 226-232. DOI: 10.1111/inr.12242.
49. Ferede YA, Zeleke AM, Beyene JA, Nigate GK, Tassew WC. Workplace violence and associated factors against nurses working in public hospitals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing* 2025; 24: 46-11. DOI: 10.1186/s12912-024-02660-y.
50. Varghese A, Joseph J, Vijay VR, Khakha DC, Dhandapani M, Gigini G, Kaimal R. Prevalence and determinants of workplace violence among nurses in the South-East Asian and Western Pacific Regions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical nursing* 2022; 31: 798-819. DOI: 10.1111/jocn.15987.
51. Li S, Yan H, Qiao S, Chang X. Prevalence, influencing factors and adverse consequences of workplace violence against nurses in China: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management* 2022; 30: 1801-1810. DOI: 10.1111/jonm.13717.
52. Giorgi F, Mattei A, Notarnicola I, Petrucci C, Lancia L. Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc)* 2018; 74: 698-708. DOI: 10.1111/jan.13484.
53. Chang YP, Lee DC, Lee YH, Chiu MH. Nurses' perceived health and occupational burnout: A focus on sleep quality, workplace violence, and organizational culture. *International Nursing Review* 2024; 71: 912-923. DOI: 10.1111/inr.12932.
54. Akter N, Akter MK, Turale S. Barriers to quality of work life among Bangladeshi nurses: a qualitative study. *International Nursing Review* 2019; 66: 396-403. DOI: 10.1111/inr.12540.
55. Catlette M. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing* 2005; 31: 519-525. DOI: 10.1016/j.jen.2005.07.008.

56. Gates D, Gillespie G, Smith C, Rode J, Kowalenko T, Smith B. Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments. *Journal of Emergency Nursing* 2011; 37: 32-39. DOI: 10.1016/j.jen.2009.09.013.
57. Abu Khait A, Mrayyan MT, Algunmeeyn A. Thematic analysis of mental health nurses' views of contributing factors fueling workplace violence in psychiatric hospitals: Insights from unsung soldiers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2025; 31: 100-110. DOI: 10.1177/10783903231199114.
58. Zhong XF, Shorey S. Experiences of workplace violence among healthcare workers in home care settings: A qualitative systematic review. *International Nursing Review* 2023; 70: 596-605. DOI: 10.1111/inr.12822.
59. Wang J, Liu M, Zheng H, Xiang M. Workplace violence experiences of intensive care unit healthcare providers: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research* 2025; 25: 399-313. DOI: 10.1186/s12913-025-12446-w.
60. Khan MN, Khan I, Ul-Haq Z, Khan M, Baddia F, Ahmad F, Khan S. Managing violence against healthcare personnel in the emergency settings of Pakistan: A mixed methods study. *BMJ open* 2021; 11: e044213. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044213.
61. Ming J-L, Huang H-M, Hung S-P, Chang C-I, Hsu Y-S, Tzeng Y-M, Huang H-Y, Hsu T-F. Using simulation training to promote nurses' effective handling of workplace violence: A quasi-experimental study. *International journal of environmental research and public health* 2019; 16: 3648. DOI: 10.3390/ijerph16193648.
62. Thompson S, Zurmehly J, Bauldoff G, Rosselet R. De-escalation training as part of a workplace violence prevention program. *Journal of Nursing Administration* 2022; 52: 222-227. DOI: 10.1097/NNA.0000000000001135.
63. Baig L, Tanzil S, Shaikh S, Hashmi I, Khan MA, Polkowski M. Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in public sector hospitals of Karachi. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2018; 34: 294-299. DOI: 10.12669/pjms.342.14432.
64. Balasundaram B, Loh SY, Nadkarni P, Jiang LN, Jayaram M, Kam JW, Yap HL, Shashu Ayengar K, Bai JY. Effect of an educational training intervention on rapid tranquillisation usage – a pilot nursing study in a public hospital in Singapore. *Proceedings of Singapore Healthcare* 2019; 28: 90-95. DOI: 10.1177/2010105818795941.
65. Abozaid DA, Momen M, Ezz NFAE, Ahmed HA, Al-Tehewy MM, El-Setouhy M, El-Shinawi M, Hirshon JM, Houssinie ME. Patient and visitor aggression de-escalation training for nurses in a teaching hospital in Cairo, Egypt. *BMC Nursing* 2022; 21: 63-68. DOI: 10.1186/s12912-022-00828-y.
66. Brunero S, Dunn S, Lamont S. Development and effectiveness of tabletop exercises in preparing health practitioners in violence prevention management: A sequential explanatory mixed methods study. *Nurse Education Today* 2021; 103: 104976. DOI: 10.1016/j.nedt.2021.104976.
67. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, Nienhaus A. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: A cross-sectional study. *BMJ open* 2012; 2. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001420.
68. Arnetz JE, Janisse J, Hamblin L, Russell J, Essenmacher L, Upfal MJ, Luborsky M. Preventing patient-to-worker violence in hospitals: Outcome of a randomized controlled

intervention. Journal of Occupational & Environmental Medicine 2017; 59: 18-27. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000909.

69. Reißmann S, Wirth T, Beringer V, Groneberg DA, Nienhaus A, Harth V, Mache S. "I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments – a qualitative study. BMC Health Services Research 2023; 23: 97-16. DOI: 10.1186/s12913-023-09044-z.
70. Thompson R, Thomson H, Gaskin CJ, Plummer V. Nurses' attitudes toward management of clinical aggression: A mixed methods study using actor-based simulation. Medsurg Nursing 2019; 28: 219-233.
71. Janzen S, Arnetz J, Radcliffe S, Fitzpatrick L, Eden J, Wright MC. Preventing patient violence in hospitals: Applying critical decision method interviews to understand how skilled staff think and act differently. Applied nursing research : ANR 2022; 63: 151544. DOI: 10.1016/j.apnr.2021.151544.
72. Morken T, Johansen IH, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. BMC Family Practice 2015; 16: 51. DOI: 10.1186/s12875-015-0276-z.
73. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD, Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. Occupational & Environmental Medicine 2004; 61: 495-503. DOI: 10.1136/oem.2003.007294.
74. Bagnasco A, Catania G, Pagnucci N, Alvaro R, Cicolini G, Dal Molin A, Lancia L, Lusignani M, Mecugni D, Motta PC, Watson R, Hayter M, Timmins F, Aleo G, Napolitano F, Signori A, Zanini M, Sasso L, Mazzoleni B. Protective and risk factors of workplace violence against nurses: A cross-sectional study. Journal of clinical nursing 2024; 33: 4748-4758. DOI: 10.1111/jocn.17169.
75. Balis B, Jibro U, Ahmed N, Lelisa E, Firdisa D, Lami M. Prevalence, patterns, and determinants of workplace violence among healthcare providers in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. Health Services Insights 2025: 1-14. DOI: 10.1177/11786329251325405.
76. Gillespie GL, Pekar B, Byczkowski TL, Fisher BS. Worker, workplace, and community/environmental risk factors for workplace violence in emergency departments. Archives of Environmental & Occupational Health 2017; 72: 79-86. DOI: 10.1080/19338244.2016.1160861.
77. Kaya S, Demir IB, Karsavuran S, Ürek D, Ilgün G. Violence against doctors and nurses in hospitals in turkey. Journal of Forensic Nursing 2016; 12: 26-34. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000100.
78. Koivula R, Brotkin H, Saarsalmi O. 2018. Turvallisja kotiin annettavia sote-palveluja: Opas kotihoitoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 3/2018. Helsinki. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-090-7>.
79. Saarisalmi O, Koivula R. 2017. Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 19/2016. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-895-1>.

80. Alameddine M, Mourad Y, Dimassi H. A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: Prevalence, consequences and associated factors. *PloS one* 2015; 10: e0137105. DOI: 10.1371/journal.pone.0137105.
81. Lee H-L, Han C-Y, Redley B, Lin C-C, Lee M-Y, Chang W. Workplace violence against emergency nurses in Taiwan: A cross-sectional study. *Journal of Emergency Nursing* 2020; 46: 66. DOI: 10.1016/j.jen.2019.09.004.
82. Finlex. 1889. Rikoslaki 39/1889. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1889/39-001>.
83. Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *The Journal of the Egyptian Public Health Association* 2010; 85: 29-43.
84. Zhao Z, Gao Y, Liang X, Pang L, Wang L, Shi Z. Rationale for Nurse Underreporting of Workplace Violence: A Qualitative Systematic Review. *Advances in Nursing Science* 2025; 48: E59-E78. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000555.
85. Spencer C, Sitarz J, Fouse J, DeSanto K. Nurses' rationale for underreporting of patient and visitor perpetrated workplace violence: a systematic review. *BMC Nursing* 2023; 22: 134. DOI: 10.1186/s12912-023-01226-8.
86. Rodrigues NC, Ham E, Kirsh B, Seto MC, Hilton NZ. Mental health workers' experiences of support and help-seeking following workplace violence: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences* 2021; 23: 381-388. DOI: 10.1111/nhs.12816.
87. Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1994/559>.
88. Finlex. 2023. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2023/703>.
89. Suomen Sairaanhoitajat. 2026. Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen. Viitattu 22.3.2026. Saatavilla: <https://sairaanhoitajat.fi/tyohyvinvointi/psykososiaalisen-jaksamisen-tukeminen/>.
90. Mikola, K. Mikä ihmeen defusing? *Erikoislääkäri* 2025; 2. Saatavilla: https://www.sely.fi/wp-content/uploads/EL225_62.pdf.
91. Työturvallisuuskeskus. 2026. Henkinen työsuojelu ja psyykkinen suorituskyky. Saatavilla: <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/toimialakohtaista-tietoa/pelastusala/henkinen-tyosuojelu-psyykkinen-suorituskyky/#Psyykkisesti-kuormittavien-ty%C3%B6tilanteiden-j%C3%A4lkipurku>.
92. Sutton D, Webster S & Wilson M. 2014. Debriefing Following Seclusion and Restraint: A Summary of Relevant Literature. Saatavilla: <https://hdl.handle.net/10292/9084>.
93. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, Jarrett M, Jeffery D, Nijman H, Owiti JA, Papadopoulos C, Ross J, Wright S, Stewart D. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014; 21: 354-364. DOI: 10.1111/jpm.12085.
94. Hoitotyön kansallinen vertaiskehittämisen verkosto (Hoiverke). 2026. Väkivaltatapahtumat. Viitattu 20.3.2026. Saatavilla: <https://hoiverke.fi/hoitotyon-laatu/vakivaltatapahtumat/>.

95. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2025. Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. Viitattu 20.3.2026. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025062473619>.
96. Työterveyslaitos. Työn imu. Työn imu-testi. Viitattu 12.5.2026. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyon-imu>.
97. Työsuojelu. 2025. Työn psykososiaaliset kuormitustekijät -kysely. Saatavilla: <https://tyosuojelu.fi/tyosuojelu-tyopaikalla/tyoolosuhdemittarit>.